QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N° 147.

SUR LES CAUSES ET LE TRAITEMENT

DES HYDROPISIES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 août 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR JOSEPH PIEDVACHE, de Guitté,

Département des Côtes-du-Nord;

Ancien Élève interne de l'hôtel-Dieu de Rennes.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant.* CHOMEL, *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance,	Ratheau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Témoignage d'un amour sans bornes et d'une reconnaissance éternelle.

A MES FRÈRES.

A MA SŒUR.

Gage d'amitié.

J. PIEDVACHE

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Témoignage de mon amour, gage bercas et d'une reconnaissance éternelle.

A MES FRÈRES.

A MA SŒUR.

Gage d'amitié.

J. PIEDVACHE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES CAUSES ET LE TRAITEMENT

DES HYDROPISIES.

On donne le nom d'*hydropisie* à toute accumulation d'un liquide séreux dans une ou plusieurs cavités ou aréoles du corps qui sont le siége d'une exhalation, soit naturelle, soit accidentelle.

Tantôt la sérosité est accumulée dans une cavité accidentelle, un kyste, et la maladie prend le nom d'*hydropisie enkystée;* tantôt c'est dans une cavité tapissée par une membrane muqueuse, dont la communication avec l'extérieur est oblitérée : telles sont les hydropisies du sinus maxillaire, de la matrice, etc.; tantôt enfin, et c'est le cas le plus fréquent, la cavité des séreuses, des synoviales, les mailles du tissu cellulaire, sont le siége des hydropisies. Je ne parlerai que de ces dernières, et je me bornerai à des considérations sur leurs causes et leur traitement.

Étiologie des hydropisies.

Il en est des hydroposies comme de plusieurs autres phénomènes morbides de notre économie, des causes fort différentes peuvent leur donner lieu. Examinons successivement les diverses altérations que

l'on trouve sur le cadavre de ceux qui succombent à cette maladie et les troubles fonctionnels qui peuvent la produire.

En premier lieu, sous le rapport de la fréquence, se présentent les obstacles au libre cours du sang, et surtout du sang veineux. Trop de faits le démontrent pour qu'il soit possible de le nier, quelque opinion que l'on adopte sur le rôle que jouent les veines dans l'absorption. La ligature, l'oblitération, la compression de la veine principale d'un membre, déterminent l'œdème de ce membre; les expériences sur les animaux vivans, les observations pathologiques le prouvent. Il n'est pas rare de voir des femmes affectées, dans les derniers mois de leur grossesse, d'une infiltration générale des extrémités inférieures. Si la matrice est plus inclinée d'un côté, le membre correspondant est plus œdématié. Dans ce cas, à la vérité, et dans ceux où une tumeur comprime la veine principale d'un membre, les vaisseaux lymphatiques doivent être en même temps comprimés. Mais il n'en est pas de même dans les exemples nombreux cités par *Morgagni*, M. *Bouillaud*, etc., dans lesquels la veine était oblitérée par une concrétion sanguine. Il y a un rapport trop exact entre les distributions du vaisseau oblitéré et les parties dans lesquelles s'est accumulée la sérosité pour qu'on puisse refuser d'admettre entre ces deux phénomènes une relation de cause et d'effet. Les observations dans lesquelles on a vu l'obstruction d'une veine sans hydropisie des organes auxquels elle se distribue ne prouvent qu'une chose, c'est que les collatérales peuvent rétablir complètement la circulation.

L'influence des maladies du foie sur la production de l'ascite est un des faits les plus anciennement connus dans la science. Toutes les affections de ce viscère susceptibles de troubler le cours du sang dans la veine-porte, hypertrophie, atrophie, productions accidentelles, peuvent produire l'hydropisie.

Il en est de même des maladies du cœur; toutes ou presque toutes peuvent occasionner cette maladie. On l'observe dans les rétrécissemens des orifices, les dilatations des cavités avec ou sans hypertrophie, et même dans l'hypertrophie simple. Les hydropisies produites

par les maladies du cœur sont celles qui deviennent le plus souvent générales, et l'on en saisit facilement la raison. Il n'est pas rare de voir affectés en même temps le péritoine, les plèvres, le péricarde, le tissu cellulaire des membres, de la face. En général, comme l'a fait observer M. *Andral*, c'est par les extrémités inférieures que commence l'épanchement de la sérosité. Ce n'est que plus tard qu'elle s'accumule dans le péritoine, plus tard encore dans les plèvres et le péricarde, tandis que quand l'hydropisie reconnaît pour cause une maladie du foie, c'est l'ascite qui se déclare la première.

Les maladies du poumon ne produisent l'hydropisie que beaucoup plus rarement que les précédentes. On l'observe quelquefois dans la phthisie, et même dans des catarrhes chroniques; mais comme ici l'obstacle au cours du sang n'est pas le seul élément, je remets à en parler plus tard.

L'inflammation est aussi une cause très-fréquente d'hydropisies. M. *Rayer* les nomme alors *hydrophlegmasies*.

L'inflammation des séreuses, qu'elle soit aiguë ou chronique, produit presque toujours l'épanchement d'un liquide dans leur cavité. Dans l'état aigu, les symptômes de la phlegmasie sont évidens; elle seule, dans le plus grand nombre des cas, attire et mérite d'attirer l'attention; mais dans l'état chronique, les symptômes de la phlegmasie sont peu nombreux ou même tout à fait nuls; l'accumulation de la sérosité devient le phénomène prédominant, et au lit du malade on ne peut distinguer cette maladie d'une véritable hydropisie.

Le liquide épanché n'est plus limpide, homogène, comme il l'était dans ls hydrop isies par obstacle à la circulation; une matière blanche, opaque, ayant l'aspect d'albumine concrète, le rend trouble, quelquefois tout à fait puriforme; des fausses membranes sont souvent déposées à la surface de la séreuse.

L'inflammation, dans les hydrophlegmasies, peut débuter par l'état aigu; d'autres fois elle est primitivement chronique, et dans des

nuances fort variées. Il n'est pas rare de rencontrer des cas où ses symptômes sont si incertains, si obscurs, que ce n'est qu'à l'autopsie, ou quand on donne issue au liquide, que l'on peut reconnaître la cause de l'hydropisie.

Après une pleurésie aiguë, l'auscultation, la percussion, font reconnaître qu'il reste un épanchement dans la plèvre très-long-temps après que la fièvre, la douleur et tous les autres symptômes de la phlegmasie ont disparu.

Assez souvent l'inflammation a son point de départ dans un des organes que recouvre la séreuse; c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir une ascite consécutive à une entérite; la phlegmasie paraît s'être communiquée de la muqueuse au péritoine. Un phénomène semblable s'observe pour le tissu cellulaire sous-cutané. Un certain degré d'œdème accompagne souvent les phlegmasies cutanées, l'érysipèle, le furoncle, par exemple. L'inflammation des muqueuses produit beaucoup plus rarement le même effet : on en trouve cependant un exemple dans la maladie à laquelle on a donné le nom d'*œdème de la glotte.*

Dans l'œdème des nouvelles accouchées, on trouve à la fois une inflammation du tissu cellulaire et une infiltration séreuse dans ses mailles; mais en même temps les ganglions lymphatiques sont rouges, gonflés, les veines contiennent du pus; et il me semblerait aussi peu exact d'attribuer cette maladie à l'inflammation exclusive du tissu cellulaire qu'à celle des vaisseaux lymphatiques, comme on l'a fait pendant long-temps. Cette affection d'ailleurs peut-elle être considérée comme une hydropisie?

La suppression de quelque sécrétion, et surtout de la transpiration cutanée, est encore une cause d'hydropisies. Les habitans des pays froids et humides en sont souvent affectés; et d'après les observations de M. *Edwards*, la transpiration cutanée et pulmonaire est réduite à son *minimum* au milieu d'une atmosphère humide. Je regarde comme tout à fait analogue l'hydropisie qu'on voit se manifester pendant la période de desquamation des exanthèmes cutanés, et

surtout de la scarlatine. La peau est sèche, recouverte de larges plaques épidermiques qui doivent nécessairement s'opposer à la transpiration. L'exposition à l'air humide et froid est la cause déterminante ordinaire de la maladie. Le tissu cellulaire sous-cutané, le péritoine, en sont le siége le plus fréquent.

Plusieurs auteurs ont attribué l'hydropisie qui se déclare dans ces circonstances à une irritation déterminée par le froid suivant le plus grand nombre, par l'âcreté du liquide qui eût dû être excrété par la peau suivant quelques autres. Ils s'appuient sur la réapparition de la fièvre au moment où se développe l'hydropisie, sur les succès d'un traitement antiphlogistique; mais dans d'autres cas, et j'ai eu occasion d'observer plusieurs faits de ce genre, il n'y a aucun signe de réaction fébrile, aucune douleur; seulement la peau ne sécrète pas comme à l'ordinaire, et de la sérosité s'accumule dans le tissu cellulaire et dans les séreuses : c'est une sécrétion qui en supplée une autre. Rien ne me semble nécessiter l'admission d'une irritation. Ce n'est là, au reste, qu'une vue théorique fort peu importante.

M. *Andral* a vu des hydropisies coïncidant avec l'existence d'un seul rein. Dans une observation rapportée dans la Clinique médicale, on ne trouva à l'autopsie d'autre altération qu'une conversion de la substance corticale et d'une partie de la tubuleuse des reins en un tissu granuleux, blanchâtre. J'ai vu à la Charité, dans les salles de M. *Lerminier*, un malade qui, pendant les seize jours qui précédèrent sa mort, ne sécréta pas d'urine. Un rein était complètement désorganisé, le bassinet de l'autre oblitéré par des calculs; une pinte de sérosité seulement était épanchée dans le péritoine; il n'y avait point d'anasarque.

Il est des hydropisies dans lesquelles on ne trouve dans les solides aucune lésion appréciable, le sang seul est altéré; tantôt sa quantité est augmentée, c'est l'hydropisie pléthorique; souvent elle est la suite de la suppression d'une évacuation sanguine habituelle. M. *Andral* a eu occasion d'examiner le cadavre d'un individu qui avait succombé à une hydropisie de cette espèce. Il ne trouva ni obstacle à la circula-

tion, ni traces de phlegmasie; mais était-ce la pléthore qui avait produit les épanchemens séreux? D'autres fois le sang est dans un état tout à fait opposé; sa quantité est notablement diminuée, la partie aqueuse prédomine. C'est à cette altération qu'il faut rapporter les hydropisies qu'on a observées dans des temps de disette chez des individus qui étaient forcés de se contenter d'une alimentation insuffisante, la bouffissure de la face, l'œdème des extrémités à la suite des évacuations sanguines trop abondantes. En injectant une grande quantité d'eau dans les veines d'un animal, on produit souvent une infiltration générale, un épanchement dans les diverses cavités séreuses. On cite des cas où l'on a vu chez l'homme une ascite, une anasarque succéder à l'ingestion dans l'estomac d'une grande quantité de liquides aqueux. Ces derniers faits me semblent tout à fait analogues à ce qui a lieu dans les expériences que je viens de citer.

L'œdème des extrémités s'observe assez souvent dans les affections que l'on a désignées sous le nom de *cachectiques*, dans le cancer surtout. On serait porté à l'attribuer à une altération du sang; mais on n'en a pas la démonstration directe, et l'on ne peut regarder cette opinion que comme une explication plus ou moins probable.

M. *Louis* regarde l'anasarque comme très-rare dans la phthisie pulmonaire; « on ne l'observe, dit-il, pas plus fréquemment dans son cours que dans celui de toutes les autres affections chroniques. » Les faits qui se sont présentés à mon observation ne me permettent pas de partager l'opinion de cet excellent observateur. J'ai vu assez souvent des phthisiques affectés d'œdème des extrémités inférieures s'étendant quelquefois aux mains, aux avant-bras, au tissu cellulaire des parois abdominales, d'ascite même, dans certains cas, sans que l'examen des désordres fonctionnels pendant la vie, des organes après la mort, pût faire découvrir aucune altération à laquelle on pût rapporter l'hydropisie, excepté les tubercules pulmonaires. Reconnaît-elle pour cause un vice de l'hématose, un obstacle au cours du sang dans le poumon, ou ces deux circonstances réunies? La question me semble difficile à résoudre.

On a cherché, dans une faiblesse générale du système la cause de quelques hydropisies; mais toutes rentrent dans quelques-unes de celles qui ont été examinées plus haut.

En est-il de même de celles qu'on observe dans les fièvres intermittentes? Tantôt elles surviennent lorsque ces maladies se prolongent; il existe en même temps des engorgemens du foie et de la rate qui paraissent en être la cause. Mais, dans d'autres cas, on voit un œdème des membres inférieurs se déclarer après quelques accès seulement, dans des fièvres intermittentes, qui ne présentent d'ailleurs rien de particulier. L'anasarque devient quelquefois considérable. Rien n'indique une affection du foie, encore moins une phlegmasie. Admettrons-nous, pour expliquer ces faits, que le spasme de la peau, pendant la période de froid, s'oppose à la sécrétion, et détermine dans les aréoles du tissu cellulaire une sorte de reflux du liquide qui eût dû être excreté par la transpiration cutanée? Cette explication me semble assez probable. On a dit que l'apparition de l'œdème coïncidait avec la cessation, ou du moins la diminution d'intensité de la fièvre. J'ai vu quelquefois cela arriver; mais le plus souvent, du moins dans les cas que j'ai observés, la fièvre continue sans que l'œdème paraisse avoir sur elle aucune influence, et il ne se dissipe qu'après sa guérison.

Je n'ai point jusqu'ici parlé des affections du système lymphatique comme causes des hydropisies; cependant ces maladies sont regardées par beaucoup de médecins comme propres à ce système. Cette opinion a sa source dans celle que l'on s'est faite du rôle que jouent dans l'absorption les vaisseaux lymphatiques. Il est trop douteux qu'ils en soient les agens exclusifs, pour que l'on puisse tirer des inductions pathologiques d'un fait physiologique aussi peu constaté. L'anatomie pathologique ne prouve pas beaucoup plus.

On a cité des hydropisies par obstruction du canal thoracique, mais ces faits ne sont rien moins que concluans. Dans le petit nombre des cas d'oblitération de ce canal que l'on a recueillis, l'on n'a pas observé que l'hydropisie fût un phénomène constant. Lorsqu'elle existait, di-

verses lésions concomitantes pouvaient la causer. Dans tous les cas observés par M. *Andral*, il y avait continuation du cours de la lymphe par des vaisseaux collatéraux dilatés. On a regardé, dans quelques cas, la rupture d'un vaisseau lymphatique comme cause d'une hydropisie. Les observations qu'on a citées à l'appui de cette opinion sont incomplètes; et cependant il faudrait qu'elles fussent bien détaillées pour être concluantes.

Un grand nombre d'auteurs célèbres admettent que l'hydropisie peut résulter de l'obstruction, de l'extirpation, de la cicatrisation d'une glande lymphatique; ils citent des faits nombreux à l'appui de cette assertion. D'un autre côté, on voit souvent ces organes engorgés, tuberculeux à un très-haut degré sans hydropisie. Quant aux affections du système lymphatique sans lésion matérielle, atonie, spasmes, etc.; ce sont des hypothèses dont rien ne rend l'admission nécessaire, et qui ne peuvent qu'être nuisibles, en détournant l'attention des faits que nous pouvons seuls constater.

En un mot, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'attribuer au système lymphatique une influence exclusive dans la production des hydropisies. Peu de faits démontrent qu'il en ait une, et il est à désirer que de nouvelles recherches soient faites à cet égard avec tout le soin nécessaire. J'ai passé successivement en revue les divers états de l'organisme que je crois susceptibles de produire l'hydropisie; ce sont :

1°. Un obstacle à la circulation du sang dans le système veineux ou dans le cœur.

2°. Une phlegmasie.

3°. La suppression d'une sécrétion, et surtout de la transpiration cutanée.

4°. La pléthore sanguine?

5°. La prédominance de la sérosité du sang avec ou sans diminution de sa quantité.

Enfin, il est des hydropisies, en petit nombre à la vérité, auxquelles il est impossible d'assigner aucune cause appréciable, quel-

que soin que l'on mette dans l'examen du malade et du cadavre quand il succombe.

Essaierons-nous maintenant de pénétrer plus profondément dans la connaissance des causes des hydropisies? Dirons-nous qu'elles consistent dans un défaut d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption? Nous ne pouvons concevoir autrement leur production. Mais le plus souvent nous ne pouvons que conjecturer quand l'exhalation est augmentée, quand l'absorption est diminuée, quand ces deux circonstances sont réunies. Y verrons-nous tantôt une exaltation, tantôt une diminution des propriétés vitales des vaisseaux exhalans? C'est une hypothèse dont rien ne me semble nécessiter l'admission, et dont il faudrait bien se garder de tirer des inductions thérapeutiques.

On a divisé les hydropisies en *actives* et en *passives*. La manière dont on avait conçu leur production; les succès d'un traitement stimulant dans certains cas, débilitant dans d'autres, ont fait admettre cette division. Il est des hydropisies évidemment actives, les hydrophlegmasies, par exemple; d'autres évidemment passives, telles sont celles par obstacle à circulation; mais toutes ne me semblent pas pouvoir entrer dans l'un ou l'autre de ces groupes.

Y a-t-il des hydropisies essentielles? On est forcé d'en admettre, en très-petit nombre à la vérité, puisque, dans quelques cas, on ne trouve aucune lésion appréciable ni dans le sang, ni dans les solides. Le plus souvent elles sont symptomatiques.

Il existe évidemment une prédisposition aux hydropisies. Tels individus en sont affectés pour les causes les plus légères; chez d'autres, il faut qu'elles soient beaucoup plus puissantes pour produire le même résultat. Dans certains cas, nous pouvons nous rendre raison de cette prédisposition; nous savons, par exemple, qu'elle existe chez les sujets lymphatiques; qu'elle est produite par tout ce qui tend à faire prédominer la partie séreuse du sang, par l'habitation dans les lieux bas et humides, par une alimentation insuffisante; mais quelquefois l'effet seul nous révèle son existence. Dès qu'une hydropisie existe dans un point de l'économie, c'est avec une remar-

quable facilité que les autres séreuses, que le tissu cellulaire s'affectent de la même manière. Ce sont probablement ce fait et le grand nombre des parties affectées d'hydropisies dans les maladies du cœur qui ont fait admettre par quelques médecins une diathèse hydropique.

Traitement des hydropisies.

Le traitement des hydropisies est un des points de la thérapeutique qui ont le plus besoin d'être éclairés par de nouvelles observations. Je me bornerai à quelques propositions générales.

Les indications se tirent de deux sources : de l'hydropisie elle-même, et de la cause qui l'a produite. La première est d'évacuer la sérosité épanchée. Deux ordres de moyens sont employés pour y parvenir; on évacue directement le liquide, ou l'on détermine une sécrétion abondante sur quelqu'une des surfaces éliminatoires de notre économie, la peau, les intestins, les voies urinaires; de là trois genres de moyens thérapeutiques : les *diurétiques*, les *purgatifs*, les *sudorifiques*.

Les *diurétiques* sont les médicamens les plus employés dans les hydropisies; ils constituent presque seuls ce qu'on pourrait appeler le traitement banal de cette maladie. On en confie l'absorption au canal alimentaire ou à la peau, le plus souvent à ces deux surfaces à la fois. De nombreux succès justifient la confiance qu'on leur accorde; mais il y a encore beaucoup de travaux à entreprendre sur la préférence à accorder à tel diurétique plutôt qu'à tel autre. Souvent ce sont les circonstences au milieu desquelles se trouvent le malade, le mode d'administration, plutôt que le médicament lui-même qui déterminent la sécrétion abondante des urines.

Les *purgatifs* sont d'un usage beaucoup moins fréquent que les diurétiques. On n'y a ordinairement recours que quand ceux-ci ont été inutilement employés; ils ont cependant procuré de nombreuses guérisons quand le canal intestinal est exempt de toute irritation.

Les *sudorifiques* sont encore plus rarement mis en usage. Ingérés dans l'estomac, ils produisent rarement l'effet qu'on en attend. Les bains de vapeur, de sable chaud, etc., déterminent plus sûrement la sueur; mais on n'y a recours que dans quelques cas particuliers.

C'est principalement dans l'ascite que l'on évacue directement le liquide épanché. Cette opération est rarement suivie de résultats heureux; l'ascite est presque toujours symptomatique d'une affection grave, souvent au-dessus des ressources de l'art; et ce n'est ordinairement que quand la collection est très considerable, qu'après avoir employé tous les moyens que l'on a crus indiqués, que l'on se décide à pratiquer la paracentèse.

L'empyème, dans l'hydrothorax, réussit encore plus rarement, et par les mêmes raisons.

Les mouchetures, les piqûres, les vésicatoires, dans l'anasarque, sont aussi rarement utiles, et leur emploi est souvent suivi d'érysipèle, d'escharres qui font beaucoup souffrir les malades et peuvent hâter leur mort.

Les indications qui se tirent des causes sont nécessairement fort variées. En général, quand on connaît la cause d'une hydropisie, et quelle peut être combattue avec succès, c'est par là qu'il faut commencer le traitement; ce n'est que quand l'hydropisie persiste après la disparition de la lésion qui l'avait produite que l'on a recours au traitement qui lui est propre.

Les obstacles au cours du sang ne peuvent que rarement céder aux moyens thérapeutiques. Presque toutes les maladies du foie, du cœur, qui déterminent l'hydropisie, sont dans ce cas. Dans ces dernières cependant, le repos, des évacuations sanguines dans certaines circonstances, quelques diurétiques, et surtout la digitale, produisent des guérisons momentannées. Les hydropisies partielles, tenant à l'oblitération d'une veine, se dissipent par l'établissement d'une circulation collatérale; mais c'est à la nature seule qu'est dû cet heureux résultat.

Dans les hydropisies par phlegmasie, on ne doit s'occuper de l'hydropisie que quand les symptômes de la phlegmasie, la douleur, la fièvre ont disparu. On prescrit alors les moyens que réclame la collection; mais il faut beaucoup de prudence pour ne pas faire reparaître l'inflammation. C'est un des cas les plus difficiles de la médecine pratique. Jusque-là, la phlegmasie doit être traitée comme s'il n'y avait point d'épanchement.

Dans l'hydropisie qui succède à la scarlatine, il faut s'appliquer principalement à rétablir les fonctions de la peau. Des bains, des frictions aromatiques quand la maladie débute; quand elle est plus avancée, des frictions plus fortement stimulantes, des vésicatoires, des boissons diathorétiques, le séjour au lit, remplissent cette indication. J'ai eu occasion d'observer quelques hydropisies de cette espèce; ce traitement m'a réussi.

L'hydropisie pléthorique réclame l'emploi de sa saignée, de la diète.

Si la diminution de la masse du sang, la prédominance de la partie séreuse étaient la cause de l'hydropisie, il conviendrait de prescrire quelques toniques, une alimentation suffisamment réparatrice. Mais ce n'est le plus souvent que sur le cadavre que l'on reconnaît cette altération.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

II.

A tabe detento alvi profluvium superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 14.

III.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

IV.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Ibid.*, *aph.* 12.

V.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 65.